Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Ulica Podwale Nr. 84.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 11 grudnia 1880. № 50. Rok XIX.

I. Z prywatnéj kliniki chirurgicznéj Dra Rydygiera w Chełmnie n./W.

Wycięcie raka odźwiernika żołądkowego, śmierć w 12 godzinach.

Podał Dr. Rydygier.

Ważność przypadku i historyczne jego znaczenie zniewala nas coprędzéj choć pobieżny jego opis umieścić w Przeglądzie, chcąc zarazem tém zaznaczyć, że po Francuzie J. Péanie, który pierwszą tego rodzaju operacyję wykonał, Polak drugą podjął: Péana chory umarł piątego dnia, nasz po 12 godzinach.

Nie myślę się już teraz zapuszczać w rozbiór niektórych arcyważnych i ciekawych kwestyj tyczących się té operacyi; będziemy do tego mieli sposobność na przyszłym kongresie chirurgów w Berlinie, gdzie zamierzamy przedłożyć nasze preparaty; nadto może już prędzéj opracuje te kwestyje kol. Dr. Webr, który podjął właśnie szereg odpowienich eksperymentów.

Przystępujemy do opisu naszego przypadku.

Mikołajewicz Juliusz, 64¾ lat liczący, utracił matkę na suchoty; ojciec umarł ze starości; o reszcie rodzeństwa nic nie wie, mianowicie nie przypomina sobie, żeby które cierpiało na raka. Sam dzieckiem będąc cieszył się dobrém zdrowiem; późniéj 8 lat służył w wojsku jako trębacz przy ułanach, następnie uwolniony ze służby, gdy po padnięciu z koniem dostał krwioplucia, pełnił przez 32 lat służbę urzędnika niższego przy sądzie, w którym to czasie przed 7miu laty przebył tyfus; a już w 40 roku życia zaczęły mu dokuczać hemoroidy od czasu do czasu krwawiące, ostatni raz przed 2 dniami. Kiedy 2 lata temu znacznie wystąpiły, zalecił mu lekarz zimne okłady. W tydzień późniéj poczuł raz z rana, że prawa ręka jest bezwładną, co wkrótce atoli zupełnie ustąpiło. Nie długo potém dostał zapalenia otrzewnéj, na które 6—8 tygodni przeleżał. Od tego czasu rozpoczęło się jego cierpienie żołądka; poprzednio nigdy na żołądek nie cierpiał; nie należał on téż nigdy do pijaków nałogowych. W ostatnich 4—5 tygodniach pojawiły się wymioty i bóle znacznie się powiększyły, mimo najściślejszéj dyjety i morfinu. Siły opuszczały chorego coraz bardziéj, tak że w końcu dostawał zawrotu głowy, kiedy koło południa z łóżka wstawał.

Badanie dnia 14go listopada 1880 uskutecznione po przyjęciu chorego do kliniki wykazało: Silnie zbudowany i wysokiego wzrostu mężczyzna cery brudno-bladéj. Zmarszczki i zdwojenia skóry, wiszącéj niby na ciele, okazują, że kiedyś podściółka tłuszczowa była obfitszą, chociaż i teraz zupełnie jeszcze nie znikła. Płuca zdrowe, tylko pod prawym obojczykiem nie wyraźne zgęszczenie. Nad sercem szmer obok pierwszego tonu, również i nad naczyniami wielkiemi szyi; stłumienie serca prawidłowe, a więc szmery pochodzą z niedokrewności. Wątroba prawidłowych rozmiarów. Nad pępkiem na szerokość jednego palca wyczuć można guz na 2 palce szeroki, 3 palce długi; ułożony nieco skośnie od góry i prawéj strony ku lewéj na dół; większa połowa (⅔) guza leży po stronie lewéj od linii białéj; wyczuć można, iż guz ma powierzchnię gładką; jest nieco poruszalny, twardy, przy ucisku bolesny; ztamtąd téż bóle zwyczajne biorą swój początek. Zresztą brzuch niebolesny, tylko nieco w okolicy pęcherza; oddawanie moczu czasem utrudnione; mocz nie zawiera białka, oddziaływa wyraźnie kwaśno, cokolwiek mętny.

Rozpoznaliśmy: *Carcinoma pylori ventriculi* bez zrostów z narządami przyległemi i prawdopodobnie bez przerzutów; dla tego uważaliśmy operacyję za możliwą i postanowiliśmy ją wykonać. Przysposobiliśmy się do niéj ćwiczeniami na trupie i na zwierzętach. Choremu zaś już od 14 listopada nie daliśmy żadnych potraw *per os*, tylko enemy odżywiające. Prócz tego staraliśmy się żołądek i kiszki wypróżnić za pomocą enem i olejku rącznikowego.

Dnia 16 listopada 1880 wykonaliśmy operacyję. Obecni byli prócz kol. Dr. Wehra, kol. Dr. Przewoski, radca zdrowia Dr. Wiener i Anderson. Pokój, w którym operacyję wykonaliśmy, był jak zwykle do laparotomii służący poprzednio

przez kilka dni odwietrzany i kwasem karbolowym wypryskiwany; kilka godzin przed operacyją stosowano spray parowy, podczas operacyi zaś mgły nie używaliśmy; zresztą zachowaliśmy wszelkie przepisy antiseptyczne jak najskrupulatniéj; pokój ogrzany do 20° R. Operacyję wykonaliśmy w następującym porządku:

Akt I. Przecięcie skóry warstwami od wyrostka mieczykowatego do pępka w linii białéj; zatamowanie dokładne krwotoku przed otworzeniem otrzewny i zeszycie otrzewny ze skórą katgutem. Teraz przekonaliśmy się, że nasze rozpoznanie zgadza się z rzeczywistością.

Akt II. Wydobycie zrakowaciałego odźwiernika na zewnątrz, o ile można, i założenie kompresoryjum elastycznego naszego pomysłu. Ku temu celowi odłączyliśmy najprzód od żołądka sieci wielkiéj i małéj tyle, ile było potrzeba do wsunięcia palca pod tylną ścianę żołądka, podwiązując krok za krokiem naczynia sieci. Oddzielenie tylnéj ściany żołądka i podprowadzenie pierwszego ramienia kompresoryjum wymagało nieco trudu. Przyłożenie drugiego ramienia wierzchniego i związanie kompresoryjum jedwabną nitką. Podobne postępowanie przy założeniu kompresoryjum na dwunastnicę. Tu atoli zdarzył nam się niemiły przypadek: mimo wszelkiéj ostrożności przy oddzielaniu tylnéj ściany i nieużywaniu żadnych narzędzi, tylko palca, dla nadzwyczajnéj cienkości ścian dwunastnicy [1]) naddarła się takowa; przez ucisk palcami i ponowne założenie kompresoryjum zapobiegliśmy wypłynięciu treści kiszek do jamy brzusznéj.

Akt III. Wycięcie guza. Przy oddzielaniu sieci wielkiéj i małéj krwotok dość silny, ligatury mianowicie *en masse* założone nieraz się ześlizgują; mimo to prędkie i nie zbyt trudne zatamowanie.

Akt IV. Zeszycie brzegów dwunastnicy z brzegami żołądka szwem po części potrójnym katgutowym: do szwu Czernego dodaliśmy jeszcze zeszycie błony śluzowéj tylnéj ściany kilkoma szwami. Ponieważ światło przeciętego żołądka znacznie (blisko o $^1/_4$) było szersze od dwunastnicy, więc wycięcie w okolicy krzywizny większéj klina z żołądka z podstawą skierowaną do brzegu przeciętego; zeszycie nowo powstałych brzegów pomiędzy sobą i na końcu z odpowiednim punktem dwunastnicy; drugi rząd szwów według Czernego założyliśmy od przodu przed odjęciem kompresoryjum, od tyłu po odjęciu tegoż. W ogóle założyliśmy do 60 szwów. Po założeniu szwów oczyszczenie pola operacyjnego, krwotoku nie ma. Przykrycie okolicy szwu od przodu siecią wielką, którą kol. Dr. Wehr 2 szwami do żołądka przymocował, pokrywając w ten sposób przedni szereg szwów już założonych.

Akt V. Zeszycie rany brzusznéj głębokiemi i powierzchownemi szwami z katgutu. Opatrunek Listerowski (gaza Brunsa).

Podczas operacyi, około 4 godziny trwającéj, wstrzyknięto 2 strzykawki kamfory podskórnie, chwilami bowiem chory zapadał. W pół godziny po operacyi odzyskał zupełną przytomność, wypytywał się np. o przebieg operacyi itd. Prócz nieco wina z 10 kroplami *Tinct. opii* nie dostał nic *per os*, tylko kilka enem z peptonu, do których dodawano także kilka kropli *Tinct. op.* ciepłota wahała się pomiędzy 35,8—36,7. Na wyraźne zapytanie oświadczył chory, że czuje tylko bóle w miejscu operacyi, a nie w całym brzuchu. O 12 godzinie w nocy niepokój, zastrzyknięto morfin. Około 2 godziny w nocy zaczął się skarżyć na ból i ściskanie w piersiach, zrywa się, chce siadać, następnie zapad, konanie i śmierć około 4 godziny rano.

Badanie pośmiertne wykazuje, że wszystkie zrakowaciałe części zupełnie wycięte zostały i o ile z jamy brzusznéj wnosić można (bo tylko tę otworzyliśmy), przerzutów rakowych nie było. Zapalenia otrzewnéj nie ma: trzewa połyskujące i brak zupełny wysięku; tylko w okolicy saméj operacyi bardzo mała ilość krwistosurowiczego płynu. Czy więc chory umarł z wycieńczenia sił lub też z *sepsis acutissima*, czy nareszcie jedno i drugie się przyczyniło, trudno rozstrzygnąć. Wyjęty po śmierci żołądek z częścią dwunastnicy napełniliśmy wodą zaciskając dwunastnicę i przekonaliśmy się, że szew zupełnie szczelnie trzymał, tak że ani kropla wody nie przeszła.

Badanie preparatu: Część wycięta twarda, 5 cm. długa, niemal cylindryczna: wymiar poprzeczny wynosi $3^1/_2$ cm. Światło wewnętrzne jest zaledwie drożne dla końców złożonéj pincety, małym palcem przejść bez nadwerężenia ścian nie można. Na przecięciu widać naciek twardy, brudnobiaławo-szary, sięgający w średniéj części guza od błony śluzowéj aż do otrzewnéj, daléj na brzegach guza oddziela go od otrzewnéj cienka warstwa mięśniowa. Grubość ścian nowotworem nacieklych wynosi na najgrubszém miejscu $1^1/_2$ cm. (od przodu), na najcieńszém $^1/_2$ cm. (z tyłu i dołu). Cięcia oddzielające guz przypadły zupełnie w zdrowéj tkance: od strony dwunastnicy więcéj zdrowéj tkanki zostało przy guzie. W sieci wielkiéj 2 gruczoły naciekłe wycięte w połączeniu z guzem, pierwszy wielkości dużéj fasoli, drugi dużego grochu. W sieci małéj jeszcze trzeci gruczoł podobny do pierwszego.

Badanie mikroskopowe potwierdza i tak niewątpliwe rozpoznanie raka odźwiernika. Na zakończenie opisu powyższego przypadku dodam tylko tyle, że z obserwacyi téj nabraliśmy przekonania, iż operacyja wycięcia raka odźwiernika ma niewątpliwą przyszłość. Nie trzeba się zrażać pierwszemi niepowodzeniami. Wszak zupełnie tak samo rzecz się miała przy gastrotomiach i wycięciach kawałków kiszek, po pierwszych operacyjach zawsze następowała śmierć. Nie możemy się nawet innego przebiegu spodziewać przy tak trudnéj a delikatnéj operacyi, gdzie tyle okoliczności się składa na szczęśliwe jéj zejście. Trzeba będzie jeszcze dużo zastanowienia, zanim się uda pewne podstawy stworzyć i ściśle określić, a dotychczas prawie nic pod tym względem nie zrobiono. W każdym razie zgadzamy się zupełnie z orzeczeniem Czernego, że nie powinien nikt się zabrać do téj operacyi nie podjąwszy poprzednio ćwiczeń na trupie i zwierzętach.

W końcu podajemy opis kompresoryjum naszego pomysłu: Każde kompresoryjum składa się z 2ch ramion, ramię jedno przedstawia płaski pręcik żelazny, którego długość odpowiada szerokości odźwiernika (około 13—15 cm.) a szerokość 1 cm. Na końcu skierowanym ku górze jest małe nakarbowanie, żeby się nitka służąca do związania obu ramion nie zesuwała. Końce te górne mają być o ile możności krótkie, żeby nie przeszkadzały uniesieniu narzędzia podczas późniejszego szycia tylnéj ściany żołądka i dwunastnicy. Przed użyciem obwleka się każde ramie wężykiem kauczykowym, który poprzednio przez kilka dni leżał w 5%

[1]) Późniejsza obdukcyja wykazała znaczny zanik ścian dwunastnicy pochodzący może ztąd, że już od długiego czasu część ta nieomal była bezczynną, gdyż przez odźwiernik nic albo prawie nic nie przechodziło.

roczczynie kwasu karbolowego; ma to podwójny cel: raz że ucisk elastyczny jest daleko ładniejszy, powtóre że mamy zupełną pewność desinfekcyi. Na średnią $^1/_3$ część nareszcie wciągamy podwójnie wężyk, a to dla tego, że w skutek wygięcia po zawiązaniu końców, w środku ucisk nie byłby tak silny, jak po brzegach i łatwo mogłaby się tam zaciśnięta część wyślizgnąć. Kompresoryjum nasze elastyczne ma tę zaletę przed kleszczykami Kochera *(Centralblatt für Chirurgie Nr. 29)*, że na całéj przestrzeni równy ucisk wywiera, kiedy przyrząd Kochera, jak każde kleszcze, najbardziéj uciska blisko zamku, a im daléj ku końcom, tém słabszy ucisk. Prócz tego Kocher nie powlekł swego przyrządu gumą i dla tego ucisk jest tak silny, że po założeniu szwów wycina kawałki uciśnięte. Kompresoryjum elastyczne zasługuje także na pierwszeństwo przed ligaturą elastyczną Czernego *(Berliner klinische Wochenschrift Nr. 45)*, bo układa ściany żołądka i dwunastnicy płasko, podwójnie obok siebie i tém ułatwia bardzo szycie, kiedy ligatura elastyczna, jeżeli nie założona bardzo daleko od miejsca przecięcia, marszczy przekrojone ściany, nadto ucisk wszędzie rozdzielony na płaską przestrzeń nigdy nie potrzebuje być tak silny, żeby zapobiedz wyślizgnięciu, jak linearny ucisk ligatury, a wreszcie też nie wrzyna się tak bardzo.

Najłagodniejszy i najpewniejszy ucisk stanowią bez wątpienia palce dobrze wćwiczonych i pewnych asystentów, ale trudno bardzo z 2 godziny uciskać w jednéj pozycyi przecięte końce, a przy najmniejszéj zmianie lub przesunięciu palców przesuwają się i ściany uciśnięte, przez co nadzwyczaj się utrudnia szycie, gdyż w rozmaitych odstępach czasu różne części ścian wtedy się stykają. Prócz tego grubość palców przeszkadza szyjącemu. Z tych przyczyn sądzimy, że kompresoryjum elastyczne zachowa stałe miejsce pomiędzy narzędziami potrzebnemi do wycięcia odźwiernika lub kawałków z kiszek.

Zwracamy na to uwagę, że przy użyciu kompresoryjum należy unikać za nadto silnego zawiązania nitek, do czego ma się mimowoli skłonność, z obawy przed możliwém wyślizgnięciem ujętych końców. Chcąc temu zapobiedz używaliśmy nitek gumowych, a dla pewności mamy zamiar spróbować jeszcze innych modyfikacyj, gdyż niebezpieczeństwo za nadto silnego ucisku jest większe, niżby się spodziewać można.

Nabyć można naszego kompresoryjum w fabryce instrumentów: Chr. Schmidt, Berlin, N. Friedrichstr. 105.

II. Sprawozdanie z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego z lat czterech (tj. od roku szkolnego. 1874/5 do roku szkolnego 1878/9.

III.

Choroby narządu trawienia.

Zestawił Dr. K. Bossowski.

(Dokończenie. Patrz Nr. 49.)

V. Choroby jelit.

Nieżyt ostry i przewlekły dostarczyły 35 przypadków, z których większa część nie przedstawiała nic uwagi godnego. Więcéj dla dokładności, aniżeli osobliwości wspomnieć nam wypada, że u jednéj choréj z bardzo wiotkiemi ścianami brzusznemi, u któréj choroba trwała lat kilka, można było namacać dokładnie powiększone gruczoły kreskowe. W innym przypadku długotrwały nieżyt jelit u wieśniaka z rozedmą płucową, z nieżytem oskrzelowym i obrzękiem śledziony wywołał znaczną kacheksyję. Ostatecznie u młodzieńca, lat 26 liczącego, nieżyt jelit wraz z częstemi polucyjami był podstawą hypochondryi, przy któréj występowały przypady zadumy. W kilku przypadkach ostrego nieżytu połączonego z biegunką postrzegano białkomocz, na który to objaw zwracają uwagę Fischl i Stiller (*W. med. W.* 1880, 18). Nieżyt mieszkowy z przeważném zajęciem jelit grubych spostrzeżono w 1 przyp. u kobiety cierpiącéj na tasiemca, która przez dłuższy czas nadużywała środków czyszczących. Zapalenie około jelita odchodowego, morzysko kałowe, zwątlenie jelit i guzy krwawnicowe, które to choroby dostarczyły niewielkiéj liczby przypadków, pominiemy zupełném milczeniem. Zapalenie około jelita ślepego *(peri-et paratyphlitis)* spostrzegano w 14 przyp., z których tylko 1 zasługuje na wzmiankę z powodu, że w przebiegu choroby wystąpiły przypady upośledzonéj drożności jelit, zaparcie stolca i napadowo występujące bóle w brzuchu, wśród których brzuch się wydymał, pętle jelit rysowały się przez powłoki brzuszne, czemu towarzyszyło głośne przelewanie się treści jelitowéj i wymioty; przypady te utrzymywały się kilka dni, poczém się zmniejszyły, a ustąpiły zupełnie po wessaniu wypociny zapalnéj. Na tasiemca leczono 22 chorych, o których chyba tylko to namienić się godzi, że wszystkie nasze środki czerwiogubne, z wyjątkiem paprotki, wcale nie działają pewnie i owszem często bardzo zawodzą. W 1 przyp. bóle głowy połowicze *(hemicrania)* ustąpiły po wydaleniu tasiemca. Z pośród 7 przyp. raka jelita odchodowego zasługują na wzmiankę 2 przyp.; w jednym u kucharza, l. 38 liczącego, po 10-miesięczném trwaniu choroby wytworzyła się przetoka pęcherzowa przy współudziale pętli jelit cienkich, które za pomocą zrostów otrzewnowych ochroniły jamę otrzewnową od otwarcia, w drugim u wieśniaka, 35 lat liczącego, powstało w przebiegu choroby zapalenie rakowate otrzewnéj. Przypadek niedrożności jelit skutkiem pierwotnego wrzodu grużliczego, za życia rozpoznanego, na inném miejscu opisanym zostanie; przypadek inny, w którym choroba ustąpiła przy użyciu prądu indukcyjnego, opisany został przez prof. Korczyńskiego (Spostrzeżenia kazuistyczne str. 44). Trzeci przypadek dosyć ciemny dotyczy choréj M. H., lat 47, z Działoszyc, u któréj na 3 miesiące przed przybyciem do kliniki, skutkiem uwięzgnięcia przepukliny pachwinowéj prawéj, powstały nagle przypady niedrożności jelit. Po odprowadzeniu przepukliny przypady te zmniejszyły się tylko, a w kilka dni późniéj utworzył się w okolicy pachwinowéj prawéj wielki obrzęk, z którego miała się wylać wielka ilość ropy. Po tém zdarzeniu dolegliwości choréj zmniejszyły się. Badanie kliniczne wykazywało przetokę w pachwinie wydzielającą nieco ropy i ogólnie znane przypady upośledzonéj drożności jelit cienkich. Po kilkutygodniowym pobycie, wśród którego obraz choroby prawie wcale się nie zmienił, chora opuściła klinikę.

VI. Choroby wątroby i przewodów żółciowych.

Żółtaczka nieżytowa (8 przyp.) nie nastręczała nic uwagi godnego, z wyjątkiem 2 przyp., gdzie doświadczono skuteczności mechanicznego ugniatania i stósowania prądu indukcyjnego na okolicę woreczka żółciowego według Gerhardta (*Volkmann, kl. V.* Nr. 17). Kamyki żółciowe (*cholelithiasis)* spostrzegano w 27 przyp., napadowi

morzyska żółciowego towarzyszyły w 2 przyp. dreszcze z następową gorączką, która w 1 przyp. dochodziła do 38·4°, w drugim do 39·1° C., pomimo że nie było wcale objawów zapalenia lub owrzodzenia przewodów żółciowych. Według doświadczenia prof. Korczyńskiego jest to przypad wcale nierzadki, a nawet zdarzają się przypadki, gdzie wśród przebiegu kamyków żółciowych występują typowo dreszcze z następową gorączką, które łudzą podobieństwem z zimnicą. Na szczegół ten autorowie niemieccy mało zwracają uwagi i tak np. Schüppel w obszernéj rozprawie o kamykach żółciowych (*Ziemssen Handb.* VIII. 1, 2 Abth.) wspomina tylko o przydarzaniu się przemijającego podnoszenia się ciepłoty wśród dreszczów. Przypadek raka pierwotnego w przewodzie wątrobowym został już opisany przez prof. Korczyńskiego (Spostrzeżenia kazuistyczne str. 30). Z 7 przypadkow raka wątroby zasługują na wzmiankę: przypadek u kobiety 45 letniéj, gdzie liczne i wielkie guzy w bardzo znacznie powiększonéj wątrobie, przy dokładniejszém badaniu przez prof. Browicza dokonaném, okazały się jako mięsaki, i przypadek u kobiety, 56 lat liczącéj, gdzie napady morzyska żółciowego i odchodzenie kamyków barwikowych, któremu towarzyszyła często pojawiająca się gorączka, dochodząca do 39·1° C., przy niemożności wymacania guza, były przyczyną omyłki rozpoznawczéj, którą dopiero w dalszym przebiegu spostrzeżono i przypadek jako rak wątroby z kamykami żółciowemi rozpoznano. Wieńcogłówki wątroby (*ecchinoccus hep.*) rozpoznano w 1 przyp. u włościanina 35-letniego na podstawie bardzo znacznego powiększenia wątroby, która w tylnéj części niejednostajnie wypychała przeponę ku górze, braku bólów i kacheksyi. Przypadek wątroby kiłowéj, rozpoznany za życia, przytoczyć nam wypada w streszczeniu dla rzadkiéj komplikacyi z gruźlicą i z zapaleniem ropném gruczołów pachwinowych i następowém zapaleniem ropném tkanki podotrzewnowéj, pomimo że obserwacyja kliniczna była bardzo krótką.

B. G. lat 57, urzędnik, ojciec czworga zdrowych dzieci. W 22 roku życia nabawił się trypra, obok którego znajdować się miał na prąciu wrzód, którego jednak chory bliżej opisać nie umie. Przy kilkotygodniowém używaniu kalomelu wrzód się zagoił. Odtąd cieszył się zupełném zdrowiem i nigdy nie spostrzegł żadnych zmian kiłowych. Choroba obecna rozpoczęła się przed 3ma laty bólami w okolicy wątroby, które stopniowo się zwiększały, do czego dołączyły się dreszcze, pojawiające się od czasu do czasu i kaszel, który stopniowo się zwiększał. W ostatnim roku dołączył się brak apetytu, osłabienie i wychudnienie. Przed miesiącem powstał ból w okolicy pachwinowéj prawéj, który chory wywodził z ucisku od opaski przepuklinowéj. Ból ten zwiększał się coraz bardziéj i utrudniał chodzenie; pojawiła się stała gorączka z dreszczami i te to przypady skłoniły chorego do udania się do kliniki, gdzie w d. 2 maja 1876 przyjęty został a w d. 5 maja życie zakończył. Badanie wykazywało: zapalenie różycowe skóry w pachwinie prawéj rozciągające się z jednéj strony na górną trzecią część wewnętrznéj powierzchni uda a z drugiéj strony na dolną część brzucha, ogólne wyniszczenie, upadek sił, gorączkę znaczną, objawy nieżytu szczytowego, mierną puchlinę brzuszną, powiększenie śledziony, wątrobę nierówną, twardą, bolesną. Badanie pośmiertne wykazywało: na kości czołowéj lewéj i potylicowéj dwa miejsca lekko zagłębione, sino czerwone, ściśle odgraniczone, wielkości centa. W mózgu oznaki zaniku miernego stopnia. W jamie opłucnowéj prawéj około litra cieczy mętnéj, a opłucna płatu dolnego pokryta dość znaczną warstwą wypociny włóknikowéj. W szczycie prawym blizna, a obok niéj dość liczne ogniska serowate, suche. W płacie górnym lewym kilka guzów wielkości orzecha laskowego, na rozkroju częścią zupełnie zserowaciałych, suchych, częścią szaro-różowych bezpowietrznych z rozsianemi drobnemi ogniskami serowatemi. W ścianie komórki lewéj serca gdzie niegdzie białawe drobne blizny; mięsień sercowy żółtawo-brunatny, kruchszy. Wątroba pomniejszona, guzowata, na powierzchni w licznych miejscach zaklęsła. W miejscach tych torebka zgrubiała a w miąższ wątroby wnikają szerokie pasma tkanki bliznowatéj. Na wypukłéj powierzchni płatu prawego 2 ogniska wypełnione cieczą ropiastą; obwodowa część tych ognisk twarda, różowo-szaro zabarwiona, ściśle od reszty miąższu odgraniczona. Miąższ wątroby zbity, ciemno-brunatny, poprzerzynany licznemi pasmami tkanki łącznéj. Śledziona 19 cm. długa, ciemno-wiśniowa, zbita; na torebce 2 blizny na 3—4 milim. wgłąb wnikające. Nerki dotknięte zapaleniem śródmiąższowém miernego stopnia. W jamie otrzewnowéj mierna ilość płynu surowiczego. Otrzewna ścienna zasiana bardzo licznemi szarawo przeświecającemi guzkami W błonie podśluzowéj jelit, począwszy od dwunastnicy, a w największéj ilości w jelicie czczém wzdłuż przebiegu naczyń, i w kreskach guziczki wielkości soczewicy częścią ciemno czerwone, częścią szare. W jelicie ślepém wrzód wielkości 4ch centów o brzegach dosyć cienkich, nieregularnych, sięgający do błony mięsnéj. Gruczoły około pnia żyły wrotnéj i wzdłuż żył dolnych powiększone, soczyste. Gruczoły pachwinowe po obydwu stronach wraz z tkanką około gruczołową ropiasto naciekłe, a naciek ropny rozszerza się w tkankę podotrzewnową obydwu zatok biodrowych.

Marskości wątroby (*Cirrhosis hepatis*) spostrzegano 15 przyp., z których 2 zakończyły się śmiercią. Ze stanowiska etyjologicznego zasługują na uwagę 3 przyp. gdzie z bardzo wielkiém prawdopodobieństwem przyczyną choroby było zakażenie zimnicze, a to tém bardziéj że na fakt ten, który nie tak rzadko daje się stwierdzić w naszych okolicach zimniczych, dotychczas mało zwracano uwagę. Twierdzenie Cantaniego (*Virchow-Hirsch Jahresber.* 1870 II. 170), że zimnica pociąga za sobą dość często marskość wątroby, nie zostało dotąd poparte liczniejszemi spostrzeżeniami, tak samo jak twierdzenie Botkina (*die Contractilität der Milz* 1874), że marskość wątroby rozwija się także po innych chorobach zakaźnych, mianowicie po tyfusie i cholerze, oczekuje dotąd potwierdzenia.

Przyp. 1. S. J., lat 42, garncarz z Kołaczyc, przyjęty 18/X. wyszedł 23/XII 1876. Napojów wyskokowych nie tylko nie nadużywał ale nawet wcale nie używał. W dziecięctwie przebył zimnicę; o jéj trwaniu nic podać nie umie. Odtąd był zupełnie zdrów. Z początkiem sierpnia 1876 nabawił się zimnicy trzeciaczki, która z początkiem września zamieniła się w zimnicę codzienną. W tym czasie pojawiły się tylko raz wymioty, zresztą nie było najmniejszych przypadków żołądkowych. Z końcem września dreszcze ustąpiły, co wieczór jednak pojawiać się miała gorączka, a w tym czasie spostrzegł chory szybko wzmagającą się puchlinę brzuszną. Badanie kliniczne wykazywało zwykłe objawy marskości zanikowéj a po wypuszczeniu płynu z jamy brzusznéj tém dokładniéj stwierdzono twardość brzegu wątroby, który przy głębokim wdechu dał się namacać pod łukiem żebrowym. Tylko ziemiste zabarwienie skóry bez śladu żółtaczki i obrzęk śledziony, niestosunkowo większy aniżeliby to odpowiadało krótkiemu trwaniu choroby, nakoniec stan podgorączkowy pod wieczór przez cały czas obserwacyi powtarzający się, który 5 razy doszedł do 38·8, odróżniały ten przypadek od innych. Mimo zażywania chininu i roztworu Fowlera puchlina brzuszna wzmagała się szybko. W lutym 1877 według wiadomości, udzielonéj uprzejmie przez Dra Cięglewicza, puchlina brzuszna dojść miała do bardzo znacznych rozmiarów.

Przyp. 2. M. S., lat 32, rymarz, przyjęty 17/XI 1875, wyszedł 24/II 1876. Przyznaje się do używania, a niekiedy i nadużywania, napojów wyskokowych. Choroba obecna rozpoczęła się zimnicą czwartaczką, która po trzechtygodniowém trwaniu zamieniła się na trzeciaczkę, nakoniec na zimnicę codzienną aż do czasu przyjęcia do kliniki się powtarzającą. Przed 3 tygodniami spostrzegł chory puchlinę brzuszną, począł doznawać bólów w dołku podsercowym, stracił apetyt, a przed tygodniem spostrzegł żółtaczkę. Skóra śniado-żółta, brzuch znacznych rozmiarów, płyn w położeniu na wznak sięga wyżéj pępka, mięśnie brzuszne rozstąpione, przez szczelinę ztąd powstałą czuć w dołku podsercowym twardy, niebolesny brzeg wątroby, któréj stłumienie w położeniu na bok lewy w linii pachowéj sięga od dolnego brzegu 7go do dolnego brzegu 10go żebra; śledziona niemacalna, stłumia odgłos od górnego brzegu 8go do 11go żebra a w wymiarze podłużnym od linii pachowéj środkowéj do linii prostopadłe przez kąt dolny łopatki poprowadzonéj. Mocz skąpy wysycony; nieznaczna puchlina nóg. W pierwszych 3 dniach z rana ciepłota 37·9,

a wśród dnia poty, późniéj stan bezgorączkowy, dopiero w dniu 16 i 17 lutego ciepłota ranna 38·4° C. Mimo używania chininu w ilości 1·5 grm. dziennie aż do 6 grudnia puchlina brzuszna, a z nią i opuchlina nóg, wzmagały się, dopiero w tym czasie, przy podniesieniu dawki chininu na 2 grm. dziennie, ilość moczu powiększyła się do 2300 cm. na dobę, puchlina brzuszna poczęła maleć, żółtaczka i opuchlina nóg ustąpiły, apetyt wrócił, śledziona malała tak dalece, że w dniu wyjścia w jamie otrzewnowéj znajdowała się tylko mała ilość płynu, odżywienie było o wiele lepsze, wypuk śledziony prawie o połowę mniejszy, mimo to jednak pod łukiem żebrowym lewym można było wyczuć twardy brzeg śledziony, a co ważniejsza pod względem rozpoznawczym, że przy niezmienionych wymiarach wątroby brzeg lewego płatu pozostał tak twardym jak z początku.

Przyp. 3. J. K., lat 43, szewc ze Skawiny. W dziecięctwie przebył odrę, czerwonkę i często miał zapadać na przypady gastryczne. W 19tym roku życia przebył zimnicę trwającą rok, po któréj powstać miała puchlina brzucha i nóg $1\frac{1}{2}$ roku trwająca. W 30tym roku dur brzuszny. Choroba obecna rozpoczęła się w jesieni 1874 dreszczami, nieregularnie się pojawiającemi, którym towarzyszyły przypady żołądkowe i uczucie pełności w boku lewym. W zimie tego roku cierpiał na biegunkę; na wiosnę 1875 r. dreszcze i ból w boku lewym dokuczały choremu mocno; w jesieni w 1875 r. przebył żółtaczkę, któréj nie towarzyszyły żadne dolegliwości w podżebrzu prawém i w tym czasie spostrzegł powiększanie się rozmiarów brzucha. W maju 1876 r. przebywał przez 3 tygodnie w klinice z rozpoznaniem marskości wątroby na tle zimniczém. Wymiary wątroby były małe, obwód brzucha wydętego płynem wolnym wynosił w wysokości pępka 102 cm.; śledziona macalna jako obrzęk twardy niebolesny o brzegu zbitym grubym, sięgającym do wysokości pępka, a stłumienie jéj w wymiarze podłużnym wynosiło 30, w wymiarze poprzecznym 16 cm. Po wyjściu z kliniki puchlina brzuszna powiększała się i wytworzyła się przepuklina pępkowa, na którą chory kilkakrotnie przystawiał pijawki, które przegryzając cieniutką powłokę na szczycie przepukliny, sprawiały, że chory za każdym razem pozbawiał się sporéj ilości płynu. Napojów wyskokowych nigdy nie używał. Do kliniki przybył powtórnie 24 października 1877 r.—Badanie wykazywało znaczne upośledzenie odżywienia, ogólną opuchlinę miernego stopnia, ze znaczną przewagą puchliny brzusznéj, przepuklinę pępkową wielkości pięści wypełnioną mocno płynem otrzewnowym, cerę ziemisto-bladą, powiększenie znaczne śledziony, zmniejszenie wymiarów wątroby, białkomocz dość znacznego stopnia, mocz w ilości 1300 cm., o ciężarze gatunkowym niskim (1012), tętno słabe między 100—112, ciepłotę ranną prawidłową, a wieczorną między 37·9 a 38·2° C. W dniu 29/X wypuszczono 12 litrów płynu o ciężarze gatunkowym 1014, który zawierał 1% białka. W dniu 3/XI dostrzeżono, że opuchlina brzuszna napowrót szybko się zwiększa, i że na mosznach obrzmiałych pojawiła się róża, któréj towarzyszy stan gorączkowy (38·5° C.) Nazajutrz zajęła róża całą przodkową część brzucha, chory był mocno osłabiony, skarżył się na nudności i ból w brzuchu potęgujący się przy głębokim wdechu, przy kaszlu i przy ruchach. Umarł w dniu 7/XI. Protokół sekcyjny opiewa w streszczeniu: Skóra ziemista. Mózg niedokrewny. Płuca obrzękłe. Opłucne w licznych miejscach pozrastane. Na osierdziu plamy ścięgniste. Serce w wymiarze poprzecznym powiększone, komórka lewa pojemności prawidłowéj, prawa rozszerzona. W jamie otrzewnowéj znaczna ilość płynu surowiczego mętnego, z licznemi strzępkami włóknika; otrzewna wszędzie gładka, lśniąca, tylko na przepuklinie pępkowéj ćma, wypociną włóknikowo ropną pokryta. Wątroba do połowy zmniejszona waży 1015 grm.; powierzchnia grubo-ziarnista, miąższ na rozkroju blady, niedokrewny wykazuje liczne i wydatne ziarnistości po nad poziom przekroju się wypuklające. Śledziona waży 1135 grm., jest 23 cm. długa, 12 cm. szeroka, a 6 cm. gruba; na rozkroju miąższ ciemno-wiśniowy, miękki. Nerki pomniejszone, nierówne, torebka schodzi trudno, istota korowa zwężona blado-żółtawa. Tkanka podskórna na mosznach i brzuchu surowiczo-ropno naciekła. Badanie drobnowidowe wątroby wykazało: Między grupami zrazików wśród tkanki międzykomórkowéj obfity naciek komórkowy, wsuwający się gdzieniegdzie w obwodowéj części zrazików między komórki wątrobowe. Komórki wątrobowe w całym miąższu powiększone, drobno-ziarniste, jądro niewyraźne, gdzieniegdzie krople tłuszczu. Badanie nerek dało następujący wynik: Komórki przybłonkowe w przeważnéj ilości zmienione na grudki ziarniste, w małéj tylko części komórki zachowały swój pierwotny kształt, pierwoszcze ich jest jednak bardziéj ziarniste. Ceweczki wypełnione w części wałeczkami szklistemi. Koło naczyń większych mierny naciek komórkowy. Zapalenie ropne tkanki podskórnéj na brzuchu przeniósłszy się na otrzewnę przepukliny pępkowéj było w tym przypadku przyczyną śmierci.

Tylko w 1 przyp. marskość wątroby występowała w postaci przerostowéj (*cirrh. hypertrophica*), tak jak ją w nowszych czasach opisują Francuzi; przypadek ten, jako nie zakończony sekcyją, nie przedstawia nic uwagi godnego. W jednym przypadku marskości, gdzie mimo późnego okresu choroby wymiary wątroby były większe, jako przyczynę tego zjawiska uważano tę okoliczność, że marskość rozwinęła się w wątrobie poprzednio skutkiem rozedmy płucowéj powiększonéj. Przypadek zapalenia żyły wrotnéj w tym czasie leczony opisany już został przez Dra Smoleńskiego (Pam. Tow. lek. warsz. 1880 str. 1).

VII. Choroby otrzewnéj i gruczołów zaotrzewnowych.

Z 8 przyp. zapalenia otrzewnéj przypadek więcéj zajmujący opisany już został przez Dra Smoleńskiego (Pam. T. l. w. 1880 str. 24). Z pośród 3 przyp. przeobrażenia gruczołów zaotrzewnowych jeden dotyczył zwyrodnienia mięsakowego tychże u kobiety z polipem mięsakowym macicy, drugi rozrostu skrofulicznego gruczołów zaotrzewnowych, bardzo znacznego stopnia, u choréj lat 16 liczącéj, trzeci nakoniec u kobiety, l. 29 liczącéj, przedstawił się jako zwyrodnienie serowate gruczołów z następową gruźlicą płuc i jelit.

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. E. Hofmann (we Wiedniu): **Lehrbuch der gerichtlichen Medicin,** II Auflage, II Hälfte, Wien 1880, Urban et Schwarzenberg, in 8vo, str. 401—867, z 35 rycinami.

(Dokończenie. Patrz Nr. 49).

Psychopatologija sądowa jest rozdziałem całkiem nowym i dlatego obszerniéj nad nim zastanowić się musimy. Autor dzieli naukę tę na 3 główne rozdziały, w miarę tego, czy się rozchodzi o wątpliwą poczytność, rozrządzalność lub możebność złożenia ważnego świadectwa, przytaczając wszędzie odnośne przepisy z prawa karnego i cywilnego.

Po kilku krótkich i zwięźle rzecz wyczerpujących uwagach nad zdolnością rozeznawczą, własnowolnością i wolnością woli, zgodnych z obecném pojęciem tych kwestyj, dzieli osoby, których poczytność może być wątpliwą na 3 kategoryje: na osoby nieletnie, na osoby z wrodzonemi lub wcześnie nabytemi stanami psychopatologicznemi, a wreszcie na takie, które poprzednio dojrzałe pod względem umysłowym nabyły zboczeń umysłowych, trwałych lub przemijających. Ze stanów do drugiéj kategoryi należących zastanawia się autor obszernie nad obłąkaniem moralném, które zgodnie z zapatrywaniem większości psychijatrów i lekarzy sądowych przypuszcza, jednak słusznie radzi wtedy tylko rozpoznać takowe, jeżeli brak uczucia moralnego objawiający się w czynie zbrodniczym odnieść się daje do przyczyny chorobowéj a względnie do wadliwego ustroju umysłowego. Wyliczając zboczenia, które pod względem klinicznym u osób takich napotykamy, zastanawia się autor obszerniéj nad przewrotném uczuciem płciowém, a zestawiając odnośne przypadki z literatury podnosi owe zagadkowe przypadki przewrotnego tego uczucia, w których ludzie doznawają uczuć rozkoszy płciowéj

na widok zwierząt konających lub wijących się śród wielkich boleści; tak np. Lombroso wspomina o dwóch osobach, którym nasienie wytryskiwało, gdy zabijali kurczęta i gołębie, oraz o znakomitym poecie, który doznawał rozdrażnienia płciowego na widok mięsa krwawego, w jatkach wiszącego; tu przypomina autor i owego „dręczyciela kurcząt,“ który, jak świadkowie przy rozprawie ostatecznéj we Wiedniu zeznali, zwykł był przygotować się do wybryków płciowych dręcząc i zabijając kurczęta, gołębie, gęsi i inne ptaki; tu należą także owe przypadki, w których mężczyźni dopuszczają się napaści szczególnego rodzaju na kobiety, odcinając im warkocze lub raniąc je w okolicę części płciowych, lub w których popełniają kradzieże na odzieży niewieściéj, jak np. bieliznie, trzewikach.—Podział zboczeń umysłowych nabytych jest zwięzły a potrzebom lekarza sądowego odpowiadający, przy czém słusznie zwraca uwagę, że ustawy karne już nie żądają od lekarza, aby rozpoznał szczegółową formę obłąkania, lecz domagają się tylko orzeczenia, czy człowiek cierpi na zboczenie umysłu, lub czy rozwój umysłu jest niedostatecznym. Autor rozróżnia choroby umysłowe czyste, do nich zaliczając zadumę, manię i niedołęztwo, i powikłane, do których należą: obłąkanie porażenne, padaczkowe, macinnicze i wyskokowe. W podziale tym, bardzo zresztą praktycznym, nie znajduje dla siebie pomieszczenia pomięszanie umysłu, o którém autor tylko mimochodem wspomina (str. 759), że według nowych spostrzeżeń forma ta nie koniecznie jest następową, bo może być i pierwotną; o pomięszaniu następowém wspomina późniéj znów nawiasowo mówiąc o niedołęztwie nabytém (str 772), a pierwotném zaś tylko przy badaniu rozrządzalności (str. 830). — Natomiast formy wyżéj wyliczone opisuje dokładnie ze stanowiska sądowolekarskiego, najobszerniéj traktuje obłąkanie padaczkowe i wyskokowe, a przy opisie ostatniego wspomina i zboczeniach umysłowych, występujących skutkiem nadużycia trucizn mózgowych, przyczém dodaje, że morfinica już dwa razy była przedmiotem badania sądowolekarskiego we Wiedniu: w jednym przypadku przy fotografie skazanym na areszt 24 godzinny znaleziono strzykawkę i rozczyn morfinu, a gdy mu jedno i drugie odebrano, popadł nazajutrz w stan szaleństwa, które rozpoznano jako morfinicę; gdy go wypuszczono i zwrócono mu przedmioty odebrane, biedny ten człowiek zaledwie wyszedłszy na kurytarz więzienia zastrzyknął sobie morfinu; w drugim przypadku lekarz przytrzymany na kradzieży usiłował czyn swój haniebny tłumaczyć zwichnieniem umysłu, wywołaném przez nadmierne użycie morfinu. — Następuje rozdział o badaniu stanu umysłowego przy dochodzeniu poczytności wątpliwéj, w którym autor nie tylko zwraca uwagę lekarza sądowego na wszystko, co przy téj ważnéj czynności uwzględnić należy, ale roztrząsa także pytania więcéj teoretyczne co do orzekania o poczytności w ogóle i co do poczytności zmniejszonéj,—rozumie się samo przez się, że zdania jego licują najzupełniéj ze znanemi nowszemi zapatrywaniami.

W rozdziale o dochodzeniu wątpliwéj rozrządzalności po uwagach ogólnych nad przepisami ustaw cywilnych, i nad sposobem, w jaki lekarz sądowy wywiązać się powinien z zadania swego w obec przepisu żądającego, aby lekarz oświadczył się, czy badany jest „obłąkany lub niedołężny,“ znajdujemy liczne i bardzo praktyczne wskazówki co do stanów, które według doświadczenia najczęściéj stają się powodem dochodzenia rozrządzalności (tępota umysłowa w wieku schyłkowym, udary mózgowe, afazyja, niedołęztwo porażenne, głuchoniemota, pomięszanie pierwotne), daléj uwagi nad porą zniesienia kurateli, a wreszcie zastanawia się autor nad pewnemi aktami cywilnemi osób nie pozostających pod kuratelą, a których ważność może jednak być sporną, jak zawarcie małżeństw lub spisanie ostatniéj woli; tu przytacza kilka bardzo ciekawych testamentów z dzieł obcych, jak np. ostatnią wolę Queensleya w Cambridge, który prosił, aby na skórze jego spisano Iliadę Homera a manuskrypt ten przechowano w muzeum angielskiém,—testamenty, w których umierający przeznaczyli legaty na rzecz koni, psów, kotów, papug, a nawet na rzecz karpia, — testament pewnego notaryjusza szwajcarskiego a zarazem handlarza win, który to testament mieścił w sobie kontrakt zawarty między notaryjuszem z jednéj a Bogiem wszechmocnym z drugiéj strony w sprawie wspólnego handlu win. — W końcu jest mowa o rozrządzalności samobójców i pismach przez nich pozostawianych.

Najkrótszym jest dział trzeci, traktujący o wątpliwéj zdolności złożenia ważnego świadectwa, przyczém znachodzimy trafne uwagi nad samooskarżaniem się lub oskarżaniem osób trzecich ze strony obłąkanych.

Podawszy w krótkości nader obfitą treść psychopatologii sądowéj przyznać zarazem musimy, że autor w zupełności osiągnął cel swój, który w przedmowie określa w ten sposób, „iż na podstawie nowszych prac niemieckich i zagranicznych chciał dać pogląd na obecny stan psychijatryi i zastósowania jéj do celów sądowych i że się spodziewa, iż przegląd ten wystarczy, aby praktycznemu lekarzowi sądomemu dać główne podstawy do badania i orzekania o stanie umysłowym.“ Również dobrze wywiązał się autor z zadania swego, uwzględniając nowsze badania antropologiczne na zbrodniarzach o tyle tylko, o ile one nie pozostają w sprzeczności z obecnie obowiązującém prawodawstwem karném.

W postaci swéj obecnéj dzieło prof. Hofmanna odpowiada wszystkim potrzebom lekarza sądowego i podaje mu nie tylko wszystkie podstawy do należytego wykonywania ważnych czynności sądowolek., ale co ważniejsza pobudza go do myślenia samodzielnego i zastanowienia się nad kwestyjami jeszcze nie rozstrzygniętemi.

Rejestr nadzwyczaj dokładny ułatwia w każdym szczegółowym przypadku odnalezienie przedmiotu. Tylko pod względem typograficznym wydanie 2gie nie jest tak ozdobném jak pierwsze; pochodzi to ztąd, że z powodu znacznego pomnożenia treści i dodania 95 rycin wypadało koniecznie wypuścić interlinije i dać więcéj druku drobnego, aby objętości, a tém samém i ceny znacznie nie powiększyć.

L. Blumenstok.

E. Leyden: **Kliniczne spostrzeżenia nad chorobą Brighta.**

I. Ubyt nerek. Bartels, którego podział w ostatnich czasach prawie ogólnie był przyjęty, odróżnia, jak wiadomo, zapalenie nerek miąższowe ostre i przewlekłe od zapalenia śródmiąższowego, jako dwie od początku zupełnie odrębne postacie, daléj odróżnia w zapaleniu śródmiąższowém pierwotny ubyt nerek, równie jako zupełnie oddzielny proces, i następowy ubyt, jako rzadkie zejście zapalenia miąższowego przewlekłego. Otóż co do piérwszéj połowy tego podziału Leyden, z uwagi że granica między zapaleniem miąższowém a śródmiąższowém nie jest wcale ścisłą, że obie te formy prawie zawsze są z sobą zmięszane w większym lub mniejszym stopniu, że nerka, w któréj badanie pośmiertne nie wykazuje zapalenia śródmiąższowego, nie dowodzi wcale,

aby miała taką pozostać w późniejszym okresie lub przy większém natężeniu zapalenia, radzi przyjąć wspólną nazwę: „*nephritis diffusa acuta et chronica*“, tém więcéj, że i objawy kliniczne są zupełnie jednakowe

Ubyt nerek Bartelsa tak pierwotny, jak następowy uważa Leyden, ze stanowiska klinicznego, jako zbiór pewnych stałych objawów uwydatniających się zmianami w narządzie krążenia, nie mniéj w ilości i jakości wydzielanego moczu. Znane te objawy dają pewien stały, ściśle oznaczony, obraz chorobowy. Ze stanowiska anatomicznego, odrzuca odrębność, jaką Bartels nadał ubytowi nerek, uwzględniając, że stanowi on bardzo często ostateczne zejście całkiem różnorodnych spraw, które wszakże za życia nie mogą być rozpoznane dając jeden i ten sam obraz chorobowy. Pojedyńcze te rodzaje nerki ubytowéj, inaczéj marskości nerki, są następujące:

1) Biała ziarninowa nerka, odpowiadająca następowemu ubytowi Bartelsa, przedstawia zejście t. z. miąższowego zapalenia.

2) Drugi rodzaj stanowi powikłanie zwyrodnienia skrobiowatego naczyń nerki z marskością, najczęściéj jako objaw kiły późnéj; co jest pierwotne, czy zwyrodnienie lub marskość, nie łatwo rozstrzygnąć.

3) Biała wielka nerka, gdzie nie ma ubytu, dopiero badanie histologiczne wykazuje wyraźne zmiany śródmiąższowe.

4) Ostatni rodzaj odpowiada pierwotnemu ubytowi Bartelsa, nerce dnawej Anglików.

Nie zaprzecza autor, że nerka taka nie zostaje w żadnym związku z zapaleniem miąższowém, uważa jednak jako istotną cechę téj formy właściwe schorzenie naczyń tętniczych, zostające w związku z ogólną arteriosklerozą. Zwyrodnienie to tętnic zgadza się wedle autora z anatomicznym opisem Gulla i Sutona; wiadomo zaś, że Bartels tę formę nerek przedstawił jako typ zapalenia śródmiąższowego.

W końcu tłumaczy autor powstawanie białkomoczu we wszystkich postaciach zapalenia nerek zmianą i utratą przybłonka kanalików; dla przerostu zaś serca, występującego w przebiegu marskości nerki, stawia nową hypotezę, przyznając nerkom obok właściwych funkcyj własność regulowania parcia krwi w aorcie.

II. Kilka uwag o chorobach nerek zostających w związku z ciążą. W téj drugiéj części swéj pracy omawia autor rozmaite postacie schorzenia nerek u ciężarnych. Odróżnia następujące rodzaje:

1) Nerka ciężarnych. Niejednokrotnie badanie moczu ciężarnych wykrywa białko, mianowicie w późniejszych okresach ciąży, znikające w parę dni po porodzie, również znane są przypady eklamptyczne zamącające nie mało prawidłową ciążę lub następowy poród, a zostające w związku z tego rodzaju białkomoczem (*Lever*). Zachodzi pytanie, czy białkomocz ten jest wyrazem sprawy zapalnéj w nerkach się toczącéj lub jakiéj innéj? Odpowiadając na to pytanie przychyla się autor więcéj do zdania Frerichsa i Rosensteina, zbija zaś zapatrywanie Bartelsa, wedle którego zapalenie miąższowe nerek ostre ma być przyczyną białkomoczu w tych przypadkach. Ani badanie anatomiczne nerek, wykazujące jedynie stłuszczenie przybłonka kanalików, co więcéj wybitną niedokrewność kory, ani badanie mikroskopowe moczu, wreszcie bezpowrotne znikanie białka po porodzie, nie dozwalają autorowi przypuścić jakiejkolwiek sprawy zapalnej w nerkach. Upośledzenie czynności nerek, wywołane przeszkodami w krążeniu w skutek ciąży, nie zaś sprawy głębsze zapalne uważać należy jako przyczynę pojawiającego się białkomoczu.

2) Zapalenie ropne miedniczek i nerek zdarza się u ciężarnych, do czego je usposabia ucisk macicy na pęcherz i cewkę moczową, po porodzie zwyczajnie ustępuje.

3) Zapalenie nerek w skutek ciąży lub połogu występuje jako ostre zapalenie nerek podczas ciąży i w połogu, albo dołącza się do chorób zakaźnych, nagabujących ciężarne, albo występuje samoistnie. Takie samoistne zapalenie nerek, tj. gdzie się nie da wynaleść żaden inny moment przyczynowy, stawia autor w związek przyczynowy z istniejącą ciążą lub odbytym połogiem.

4) Ostre i przewlekłe zapalenie nerek występujące podczas ciąży, ale zupełnie od niéj niezależne. Do działu tego odnoszą się przypadki, w których kobieta dotknięta zapaleniem nerek, najczęściéj przewlekłém, zastępuje, odróżnienie tego rodzaju zapalenia już przed zastąpieniem istniejącego od zmian w nerce pod 1) opisanych j es nader trudném, mianowicie w późniejszych okresach ciąży; jedynie dokładne wywiady, ścisłe i częste badanie moczu może usunąć nasuwającą się wątpliwość. Wpływ ciąży na przebieg zapalenia nerek jest najczęściéj niepomyślny, pogorszenie bowiem sprawy chorobowéj i jéj objawów jest zwykłym skutkiem téj na pozór niewinnéj kombinacyi. (*Zeitschrift f. klin. Med. II. B.*). *Dr. K. Bossowski.*

Prof. Billroth: **O litotrypsyi.**

Sprawozdanie Dra. H. Blumenfelda w Krakowie.

Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Wiedniu (dnia 22 października b. r.) prof. Billroth mówił o litotrypsyi. a wykład jego ze względu na donosłość poczynionych w nim uwag tak co do samego rękoczynu, jakoteż co do leczenia przygotowawczego i następowego zasługuje na rozpowszechnienie.

Aż do niedawnych czasów trzymano się przy wykonywaniu litotrypsyi niektórych zasad, które krępowały działanie operatora. Jedną z najważniejszych była zasada, aby zaniechać operowania przez dłuższy przeciąg czasu w pęcherzu. Civiale zadowalał się posiedzeniem pięciominutowém, a Thompson nawet tylko trzyminutowém. Trudno jednak przypuścić, iżby ostatni zawsze przestrzegał tego tylko przeciągu czasu, gdyż w takim razie nie podobna uwierzyć, jakby w dwóch lub trzech posiedzeniach był w stanie skruszyć największe, jak podaje, kamienie i następnie takowe wydalić. Są jeszcze dwie okoliczności, na które przy litotrypsyi szczególną zwracano uwagę, a mianowicie na obecność ropnego zapalenia pęcherza i miedniczek nerkowych i na wpływ silnie drażniący, wywołany odłamkami kamienia skruszonego na pęcherz chory. *Cystitis purulenta* i *Pyelitis* stanowiły poniekąd przeciwwskazanie przy wykonywaniu litotrypsyi i starano się przed przystąpieniem do rękoczynu usunąć lub przynajmniej złagodzić wspomnione przypady chorobowe. Że odłamki twarde, o brzegach ostrych (moczany, szczawiany) są w stanie silnie podrażnić pęcherz i w skutek kurczowego ściągnięcia się pęcherza koło tychże gwałtowne wywołują bóle, łatwo można pojąć. W takich przypadkach było zasadą szybko rękoczyn powtórzyć. — Ciekawém jest atoli, że wtedy przekładano operować bez narkozy, aby chory zupełnie przytomny ostrzegał operatora objawem bólu, gdyby tenże narzędziem uchwycił ścianę pęcherza. Uzasadnienie to wątpliwéj jest wartości, gdyż jest pewném, że część ściany pęcherza uchwycona raz narzędziem tak silnie, że chory

z bólu krzyczy, ulegnie prawie zawsze w skutek doznanego ugniecenia rozpadowi nekrotycznemu. Wykonanie zaś właściwego rękoczynu bez narkozy jest trudném, a w przypadkach, gdzie posiedzenia szybko po sobie mają nastąpić, prawie niemożebném. Z czasem jednak przekonano się, że narkoza w niczém nie przeszkadza operacyi, owszem znacznie takową ułatwia, że chory mniéj cierpi, że objawy kurczowe ze strony pęcherza są daleko łagodniejsze, że można częściéj wprowadzać i wyjmować narzędzia nie wywołując większéj następowéj reakcyi. Zarazem próbowano przedłużać posiedzenia, a gdy to bez szkody dla chorego uskuteczniono, stało się wkrótce zasadą, aby odłamki wydalać po każdém posiedzeniu. W tym celu skonstruowano cewniki z wielkiemi otworami, a późniéj przyrządy, które przez przypływ i odpływ wody wstrzykniętéj wydalały coraz dokładniéj wszelkie odłamki i piasek. Od tych ulepszeń aż do obecnie panującéj zasady, aby w jednem posiedzeniu skruszyć i wydalić w zupełności kamień, było już nie daleko. Zasadę tę ustanowił i przeprowadził Bigelow nazywając ten sposób operowania litolapaksyją (ἅπαξ, raz jeden). Naturalną jest rzeczą, że têm samém posiedzenia musiały się stać dłuższemi i Bigelow podaje że operował czasem przez trzy godziny, bez przerwy, chcąc w jednem posiedzeniu wielkie i małe kamienie wydalić i to z dobrym skutkiem. W nowszych czasach przyłączył się i sławny Sir Henry Thompson do tego sposobu operowania.

Z własnych doświadczeń co do wyniku wspomnionego sposobu operowania przytacza B. 6 przypadków, wykonanych w ciągu ostatniego roku, zawsze z dobrym skutkiem. Posiedzenie trwało w jednym przypadku aż dwie godziny i prócz silnego dreszczu nie było żadnych nieprzyjemnych następstw. Nowa ta metoda litotrypsyi zasługuje zatém na uwagę, têm bardziéj że rezultaty innych operatorów również są korzystne. Słusznie Bigelow odradza początkującym wykonania litolapaksyi, gdyż mniéj wprawnemu łatwiéj się zdarzyć może przeoczenie niektórych odłamków, które pozostawszy w pęcherzu gwałtowne mogą wywołać odczyny.

Szczęśliwe atoli przeprowadzenie litolapaksyi zawisłém jest, według zdania Billrotha, od pewnych warunków. Niebezpieczeństwo bowiem przy tym sposobie operowania nie leży w ropieniu błony śluzowéj pęcherza, ani téż w znacznem rozpulchnieniu takowéj i skłonności do krwawienia, lecz przeważnie w amonijaku, zawartym w moczu alkalicznym, a następnie w zapaleniu błonicowém, jakiemu taki pęcherz moczowy zwykł ulegać. Na błonie śluzowéj znachodzą się liczne strzępki nekrotyczne; na powierzchni lub w tkaninie takowych osadzają się fosfaty a wnikanie tych cząstek w tkaninę samego pęcherza sprowadza zawsze zapalenie błonicowe pęcherza z skłonnością prędkiego szerzenia się, a w otoczeniu tegoż wywołuje sposocenie i rozległe pozaotrzewnowe ropnie.

Co się tyczy działania amonijaku na tkaniny, a w szczególności na tkaninę pęcherza, odwołuje się autor do prac własnych nad istotą gorączki i ropnia, dokonanych przed 15 laty. Przy doświadczeniach w tym celu robionych szukał środka, któryby wstrzyknięty w tkankę podskórną wywołał podwyższenie ciepłoty i zapalenie ropne. Próbował między innemi także węglanu amonu i przekonał się, że tenże wstrzyknięty w ilości 3—4 grm. wywoływał u silnych psów najpierw zapalenie ropne z dążnością szybkiego szerzenia się i wreszcie zgorzel skóry. Wkrótce potém doświadczył Stricker, że amonijak jest jedyną istotą, będącą w stanie wywołać na błonie śluzowéj tchawicy zapalenie podobne dławcowemu. Drażniąca zatém własność amonijaku oddawna jest znaną. W roku 1868 ogłosił Simon pracę, w któréj się zajął pytaniem, dla czego wśród pewnych okoliczności ślina i mocz stają się istotami tak szkodliwemi, że aż wywolują zgorzel. Wstrzykiwał sobie samemu własny mocz pod skórę i przekonał się, że tenże w ilości $\frac{1}{2}$—1 uncyi zostaje zupełnie wessany bez szkodliwych następstw. Doszedł więc do wniosku, że mocz prawidłowy nie posiada własności trujących i że tylko wtedy powstaje zgorzel, jeżeli się wielka ilość moczu w tkaninę dostaje. Autor nie zgadzał się nigdy z têm zapatrywaniem, gdyż doświadczył, że tkanka podskórna znosi daleko większe prężenie bez szkody. Tego samego roku udowodnił Menzel, że wprawdzie mocz prawidłowy nie posiada własności drażniących, od chwili zaś, gdy przechodzi w fermentacyję staje się bardzo szkodliwym. Obecność cząstek nekrotycznych zakaża mocz, wywołując fermentacyję; takowy dostawszy się następnie w tkaninę wywołuje przykre następstwa nacieku moczowego.

Rozchodzi się zatém przy litolapaksyi przedewszystkiém o wydalenie amonijaku z moczu alkalicznego czyli innemi słowy o ukwaszenie tegoż. Możemy to w rozmaity sposób uskutecznić. Podawanie chorym wielkiéj ilości napojów (aby pęcherz często przepłukiwać) może już doprowadzić do pożądanego celu. Nie ulega wątpliwości, że skuteczność wód alkalicznych w Karlsbadzie na wspomnionéj tylko polega podstawie. Stosowanie miejscowe kwasów, w słabych rozczynach za pomocą wstrzykiwań często bywa skutecznem. Co do skuteczności podawania kwasów wewnętrznie, robił autor doświadczenia kwasem fosforowym, będźwinowym, solnym i azotowym, przyczém się przekonał, że zwykle już 5go, czasem dopiero 8—10go dnia, mocz oddziaływać zaczyna kwaśno. Zdarzają się wyjątkowe przypadki, w których się mocz, nawet po 3—4 tygodniach, nie ukwasza. Mamy wtedy zwykle do czynienia z kamieniem, którego powierzchnia nierówna okazuje głębokie zagłębienia i szczeliny. W nich osadzają się liczne gromady bakteryj, które dostając się do moczu ciągłą utrzymują fermentacyję. Skruszenie takiego kamienia wywołuje zmięszanie się tych bakteryj z skąpą ilością moczu, powstaje fermentacyja, wywiązywanie się znacznéj ilości amonijaku i ostatecznie zapalenie błonicowe pęcherza.

Mocz ukwaszony jest blady i przeźroczysty, czasem nawet bledszym niż w skrobiowatém przeistoczeniu nerek. Brücke przypuszcza, że przyczyną tego jest znaczne rozcieńczenie, Billroth atoli przypisuje tę zmianę barwy oddziaływaniu kwasów wprost na barwiki moczowe, gdyż kwas fosforowy, podawany bez większéj nawet ilości napojów, nadaje już moczowi wspomnione zabarwienie. Osoby z znacznem ropieniem miedniczek nerkowych i pęcherza nie znoszą moczu kwaśnego; dostają boleści w okolicy nerkowéj, częstego parcia na mocz i te objawy wracają i ustępują w miarę podawania i usunięcia kwasów, tak że w podobnych przypadkach z kwasami ostrożnie postępować należy.

Po wydaleniu węglanu amonowego z moczu chorzy mają się znacznie lepiéj. Apetyt wraca, nudności, wymioty, rozwolnienie i krwotoki ustają a błona śluzowa znosi lepiéj narzędzia wprowadzone.

W roku 1877 ogłosił Edlefsen pracę o nieżycie pęcherza, w któréj donosi, że przez podawanie balsamu kopaiwianego i terpentyny można, w krótkim czasie, usunąć fermentacyję alkaliczną moczu. Że zaś środki te, jako szko-

dliwie oddziaływające na żołądek, nie wszyscy chorzy znoszą, przeto Edlefsen szukał innego środka odpowiedniejszego i znalazł takowy w chlorku potasu. Podawał on co dwie godziny łyżkę rozczynu 5 procentowego (15:300), tak że chory spożył przez dzień koło 5 grm. chlorku potasu. Skutek był nadzwyczaj korzystny, mocz bowiem szybko się ukwasił i wyjaśnił. Że chlorek potasu w téj dawce może być niebezpiecznym, o tém nie było najmniejszéj wzmianki. W ostatnich czasach mówiono wiele o przypadkach otrucia chlorkiem potasu. Że zaś wszystkie te przypadki zdarzyły się w błonicy, przeto autor nie ufał rozpoznaniu otrucia i raczéj przypuszczał porażenie serca, które się w błonicy często zdarza.

W jednym przypadku, tyczącym się mężczyzny 64-letniego, chorego na kamień, podawał i autor, według wskazówek Edlefsena, chlorek potasu. Przyjęto chorego 21 czerwca 1880 r. Od lat 15 cierpi na objawy kamienia moczowego. Mocz oddziaływa mocno alkalicznie i zawiera krew i ropę. W dniu przyjęcia podano: *Kali chlor. 15,00 Aq. 500,00 Syr. cort. aur. 50,00.* Prócz tego przestrzykiwano pęcherz słabym rozczynem kwasu solnego. Następnego dnia mocz jeszcze mętny ale już kwaśny. Chory ma się w ogóle dobrze. 23go czerwca mocz kwaśny i przeźroczysty. Dla tego też przystąpiono tego samego dnia, a więc 3 dni po podawaniu chlorku potasu, do litotrypsyi w zamiarze skruszenia i wydalenia kamienia w jedném posiedzeniu. Kamień 3 cm. szeroki, średniéj zbitości, trudny do uchwycenia. Posiedzenie trwało 15 minut. Po przebudzeniu się z narkozy silne parcie na mocz. Koło wieczora założono cewnik. W nocy chory doznawał częstego parcia na mocz, zresztą miał się dobrze. W ciągu następnego dnia wyżył znowu 5 grm. chlorku potasu. Wieczorem zrobiono mu wstrzyknięcie podskórne małéj dawki morfinu w celu zmniejszenia parcia, lecz skutek był ujemny. Mocz przybrał barwę czerwonawo-brunatną. Koło północy chodził po pokoju, późniéj się położył i spał spokojnie. O godzinie 4 z rana posługaczka przystąpiwszy do jego łóżka zastała go nieżywego. Chorzy w tym samym pokoju leżący nic w nocy nie zauważyli. Nie spostrzeżono żadnych objawów ciężkiéj jakiéjś choroby.

Sekcyja wykazała: Istota rdzeniowa mózgu brudno biała, nieco brunatnawa; komórki prawidłowych rozmiarów zawierają brudno-brunatną surowicę. W sercu krew płynna barwy brudnéj, czerwonawo-brunatnéj. Pęcherz zawiera nieco mętnego moczu i kilka odłamków. Miąższ śledziony czarno-brunatny. Nerki znacznie przekrwione, obrzękłe.

Dziwne zabarwienie krwi zwracało głównie uwagę. Prof. Ludwig, zbadawszy krew, oświadczył, że śmierć nastąpiła prawdopodobnie w skutek otrucia chlorkiem potasu, chociaż takowego we krwi wykryć nie było można. Chory wyżył wszystkiego 45 grm. chlorku potasu w ciągu dni trzech. Niedawno ogłosił Marchand rozprawkę o otruciu chlorkiem potasu; we wszystkich jego przypadkach okazywała krew owe brunatne zabarwienie. Jako objawy podaje wymioty, nudności, mocz krwawy, rozwolnienie, kurcze i śpiączkę. W tym przypadku nie było wprawdzie żadnych z wspomnionych objawów, dziwne atoli zabarwienie krwi brunatne dozwala przypuścić, że śmierć nastąpiła w skutek otrucia chlorkiem potasu.

W końcu autor radzi nie podawać tego środka nad 2—3 grm. na dzień i lepiéj dłużéj czekać na skutek pożądany, aniżeli większemi dawkami narazić życie chorego.

Prof. Czerny: **Dodatek do resekcyi kiszek.**

Chora, u któréj Cz. wykonał podwójną resekcyję w kiszce grubéj, o czém umieściliśmy sprawozdanie w Nr. 49 Przeglądu, umarła dnia 8 Listopada 1880, a więc w 6 miesięcy i 11 dni po operacyi. Przy sekcyi znaleziono następujący stan w miejscu operacyi: kiszka gruba poprzeczna przebiega zaledwie w długości 25 cm. w kierunku poziomym, późniéj zwraca się wprost na lewo i ku dołowi w długości 16 cm., ztąd w miejscu odpowiadającém bliźnie zewnętrznéj biegnie ku górze na przestrzeni 6 cm. i kończy się w jamie podłużnéj wielkości jabłka, któréj ścianę zewnętrzną tworzy m. biodrowy i zewnętrzne pasmo mięśni brzucha, ścianę przednią i wewnętrzną kłębki rakowato zwyrodniałych gruczołów kreskowych; ściany jamy w zupełności rakiem zajęte. W jamie téj ma również ujście od dołu odbytnica, a od strony lewéj i od góry pierścieniowata pętla kiszki grubéj. z ścianą przednią jamy zrośniętą jest silnie pętla kiszki cienkiéj, któréj światło zatkane jest guzami rakowatemi na znacznéj przestrzeni. Po stronie prawéj brzucha leżą zwoje kiszek zupełnie wolno, gdy po lewéj reszta kiszek jest nieruchoma.

Wystąpiła więc spodziewana przez Cz. recydywa i przewidywana już przy operacyi z powodu powiększenia gruczołów kreskowych, a wystąpiła tém złośliwiéj, o ile rak wycięty należał do miękkich rdzeniowatych, rozpad sąsiednich tkanek za sobą pociągających. O miejscu zeszycia albo o szwach nie można było przy sekcyi myśleć, gdyż miejsca te uległy zupełnemu zniszczeniu. *(Berl. klin. Woch. Nr. 48).*

Dr. T. W.

M. Sänger. **Niebezpieczeństwo z przyczyny użycia pilokarpinu w niestósownym czasie przy eklampsyi.**

S. widział, w własnym i w dwóch innych przypadkach, ciężkie objawy zaduszenia, wśród ostrego obrzęku płuc występujące po zastrzyknięciu podskórném pilokarpinu w eklampsyi. Chora S. przebyła szereg napadów eklampsyi, operacyję kleszczową w narkozie, porodziwszy dziewczynkę donoszoną, żywą, zawiniętą została w mokre prześcieradła, zażywszy poprzednio morfin. Napady wystąpiły znów po porodzie. Po zastrzyknięciu 0,02 pilokarpinu wystąpił groźny obrzęk płuc i objawy zaduszenia z bardzo obfitym ślinotokiem; jako odtrutkę wstrzyknięte 0,0006 *Atrop. sulf.* Ponieważ czynne wykrztuszanie nie nastąpiło, musiano gromadzący się i zalegający w odetchach śluz stósownie usuwać. Napad nie powtórzył się więcéj, chora wyzdrowiała. Dwie inne chore przebyły również wiele napadów eklamptycznych, nim podano pilokarpin: pierwsza już porodziła, umarła w 12 godzin po zastrzyknięciu, po którém napad więcéj nie wystąpił; druga umarła przed porodem, w szóstym miesiącu ciąży, gdy działanie pilokarpinu już od paru godzin ustało. S. wyprowadza objawy zaduszenia z niedostatecznego wykrztuszania niezwykle wielkiéj ilości śluzu, z obrzęku płuc, z osłabienia czynności serca i chwilowego zamykania się głośni powiększonym i ku tyłowi opadającym językiem. W wszystkich trzech przypadkach napady eklamptyczne ustały po zastrzyknięciu pilokarpinu; chore były jednak już tak bardzo osłabione, wrażliwość zwrotna tak dalece upośledzoną, że działania pilokarpinu pokonać nie były w stanie. S. mniema, że pilokarpin, którego korzystny wpływ na poród jest niewątpliwym, należy zaraz w początkach eklampsyi podawać. (*Arch. f. Gynäkol. 14. pg. 412*). *Kra.*

Wiadomości pomniejsze.

(L. B.) Echeverria: Małżeństwo i dziedziczność u epileptyków. Z 136 epileptyków (62 mężczyzn, 74 kobiet) pochodziło według zestawienia autora 553 dzieci; z tych

urodziło się nieżywych	m. 9,	ż. 13,	razem 22
zmarło wcześnie z konwulsyj	„ 89,	„ 106,	„ 195
z innych chorób	„ 16,	„ 11,	„ 27
było dzieci epileptycznych	„ 42,	„ 36,	„ 78
„ „ idyjotycznych	„ 11,	„ 7,	„ 18
„ „ chorych na umyśle	„ 5,	„ 6,	„ 11
„ „ porazonych	„ 22,	„ 17,	„ 39
„ „ hysterycznych	„ —	„ 45,	„ 45
„ „ z pląsawicą	„ 2,	„ 4,	„ 6
„ „ z zézem	„ 5,	„ 2,	„ 7
„ „ zdrowych	„ 63,	„ 42,	„ 105
	„ 264,	„ 289,	„ 553

Daléj podaje E., że epilepsyję matki częściéj przenoszą na dzieci, aniżeli ojcowie, że epileptycy już pozostający pod wpływem dziedziczności płodzą tylko 13·39% dzieci zdrowych, podczas gdy epileptycy bez skłonności dziedzicznéj płodzą 26.81% dzieci zdrowych. Z powyższéj liczby 136 epileptyków tylko 7 płodziło same zdrowe dzieci. Średnio u połowy (49,72%) wszystkich dzieci spłodzonych przez epileptyków występują objawy padaczki. Cyfry te przemawiają wymownie przeciw stósowności zawierania małżeństw ze strony ludzi cierpiących na padaczkę. (*Centralbl. f. Nervenheilk.* 1880, Nr. 23).

(K. G.) Otwieranie ust przez niedosłyszących omawiano na międzynarodowym Zjeździe otyjatrycznym w Medyjolanie. Dr. Löwenberg upatrywał przyczynę w tém, że szelest powstający przy przechodzeniu powietrza przez tylną część nosa nie dozwala chorym wyraźnie słyszeć, aby więc zapobiedz temu szelestowi oddychają oni ustami. Dr. Fournié mniemał, że otwieranie ust przyczynia się do rozszerzania zewnętrznego przewodu usznego, że więc w skutek wchodzenia większych ilości powietrza chorzy lepiéj słyszą mając usta otwarte, niż gdy je zamkną. Prof. Politzer zwrócił jednak na to uwagę, iż ruchy szczęki dolnéj wywierają wpływ na trąbkę słuchową i że z młoteczkiem zrośnięte przednie więzadło zostaje w związku ze stawem szczękowym, tak iż w skutek ruchów szczęki nastaje zmiana napięcia w narządzie do przewodzenia fal głosowych. Dr. Saccolini przychylił się do tego pojmowania rzeczy. (*Gesundheit* 1880. Nr. 19).

(Kra.) Leczenie oparzenia. Na tegorocznym Zjeździe lekarzy i przyrodników niemieckich w Gdańsku podał Dr. Nitsche, lekarz w Zeltweg w Styryi bardzo prosty sposób leczenia oparzeń, oparty na licznych własnych doświadczeniach. Nasamprzód nie przecinając pęcherzów oczyszcza ranę dwuprocentowym karbolem a następnie pokrywa ją pokostem stolarskim (olej lniany i biel ołowna), w którym przy ogrzaniu rozpuszczono 5% kw. salicylowego. Po wyschnięciu jednéj warstwy pokostu nakłada drugą a na tę warstwę watę Brunsa 2—3 cm. grubą, którą przytwierdza opaską elastyczną. Najczęściéj nie występuje wcale ropienie, a zabliźnienie następuje pod warstwą pokostu, która po upływie pewnego przeciągu czasu w postaci suchéj powłoki odpada. Jeżeli zaś gorączką i bolesnością zdradzi się na pewném miejscu ropienie, natenczas wyskubuje watę tylko na tém miejscu i jeśli ropienie nie zajmuje nad 5 cm. średnicy, posypuje ją proszkiem salicylowym; jeżeli zaś większą zajmuje przestrzeń, wycina w opatrunku okienko, posypuje proszkiem salicylowym i pokrywa watą. Blizny wytwarzają się zupełnie gładko, o równéj powierzchni i nie ulegają przerostowi.

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcyja lekarska Tow. Przyj. Nauk Pozn.

Posiedzenie z dnia 4go listopada rb.

Przewodniczący: kol. Kaczorowski

Obecnymi na posiedzeniu byli: koll. Batkowski, Grodzki, Jerzykowski, Koszutski, Kapuściński, Kaczorowski, Wicherkiewicz, Osowicki i sekretarz.

Po przeczytaniu i przyjęciu sprawozdania z ostatniego posiedzenia mówi kol. Kaczorowski o kilku świeżych przypadkach tyfusu osutkowego i powrotnego z nienormalnym przebiegiem gorączki. Spadała ona powoli pod koniec napadu, przytém znachodziły się dość często powikłania z zapaleniem płuc. Kol. Kapuściński przytacza kilka przypadków tyfusu brzusznego, obserwowanych przez niego w ostatnich czasach i podaje zarazem w krótkości przebieg choroby.

Następnie mówi kol. Jerzykowski o uklejach włóknistych szyjki macicznéj, wykazując, że objawy, przez ukleje wywołane, bywają niekiedy tak odmiennéj natury, iż znajomość tychże dla praktycznego lekarza jest konieczną. Po największéj części przeważają objawy krwotoków, boleści, oraz upławy śluzowo-ropiaste; jednakże nieraz brak tychże, a niekiedy występują już bardzo wcześnie objawy macinnictwa, gdy tymczasem upławy w bardzo nieznacznym pojawiają się stopniu, a krwotoki mało co się wyróżniają od upływu miesiączkowego. Prelegent przeszedł potém szczegółowo spostrzegane przez siebie przypadki chorobowe i zastanowił się pokrótce nad sposobami operowania tego rodzaju narośli. Zdaniem kol. Jerzykowskiego najlepszém jest proste wycięcie nożycami (Siebolda, Charrièra itd.), gdyż dosięga się takowemi najlepiéj i najwygodniéj uklejów, krwotok bywa niewielki, boleści nieznaczne, a nadto przychodzi rzadko do zapaleń części przyległych, naturalnie jeśli się tychże podczas operacyi nie obraziło. Ten sposób operowania stosował kol. Jerzykowski we wszystkich swych przypadkach i nigdy żadnych złych nie widział następstw; to też zaleca go bardzo i namienia, że do innych metód operowania dopiero wtenczas uciekać się należy, gdy dla ważnych przyczyn wycięcie jest niemożliwém.

Wreszcie namienia referent o używaniu resorcynu jako środka przeciwgorączkowego w zakładzie dziecięcym św. Józefa. Tak w klinice jak w poliklinice dawano przez dłuższy czas zalecany ten przez Lichtheima preparat i skonstatowano nader powolne tylko zmniejszenie się ciepłoty, ktora po krótkim już czasie do dawniejszéj przychodziła wysokości. Stanu ogólnego rozdrażnienia, o którém wspomina Lichtheim, prawie nigdy nie widziano. Z nader dobrym skutkiem używano w zakładzie w zimnicach podskórnych wstrzykiwań dwusiarkanu chininu. Jedna do dwóch wstrzykawek 10% rozczynu wystarkała do zupełnego zniszczenia napadów. Dwusiarkan chininu przewyższa inne preparaty chinowe tém, że raz rozpuszczony w ciepłéj glicerynie z wodą nie krystalizuje więcéj w zwyczajnéj temperaturze, że nie potrzeba przy rozpuszczaniu żadnych dodawać kwasów i że nigdy nie wywołuje ropni, co o innych preparatach powiedzieć się nie da. Sekretarz *Dr. Święcicki.*

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* W Paryżu ukonstytuowało się pod przewodnictwem p. Koechlin-Schwartza towarzystwo, mające na celu rozpowszechnienie palenia zwłok ludzkich.

* Według obliczenia Eschericha (*Aerztl. Intell. Bl.*) w Bawaryi dochodzi do lat 50 (na 100 osób) pastorów protestanckich 53, nauczycieli 41, adwokatów 36, księży katolickich 34, a lekarzy tylko 26.

Statystyka epidemij. W tygodniu 46 (do 13 listopada) ospa rozszerzyła się bardziéj w Londynie. Leczyło się w szpitalach 127, świeżo zapadło 31, umarło 17. I w Paryżu umarło znacznie więcéj, bo 26, za to w szpitalach leczyło się 122, w Budapeszcie i Wenecyi umarło po 6, w Maladze 10; w Wiedniu 12, w Madrycie 23, w Rzymie 26. Z duru osutkowego umarło 5, w Walencyi 2, w Madrycie 22. Z płonicy umarło w Berlinie 30, w Londynie 84, w Stokholmie i Petersburgu po 12, we Lwowie 49, w Warszawie 8. W tygodniu 47 umarło

w Krakowie: 1 z ospy, 2 z płonicy, 3 z błonicy, 1 z gorączki połogowéj, 1 z czerwonki, a doniesiono w tymże czasie: o 5 przypadkach ospy i ospianki, 2 krztuśca, 11 płonicy, 7 błonicy, 3 duru brzusznego.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 46 umarło na 1000 mieszkańców i na rok w Krakowie 37,6; we Lwowie 43,7; w Warszawie 24,3; w Poznaniu 25,3; w Wiedniu 23,6; w Budapeszcie 31,7; w Pradze 29,4; w Berlinie 25,6; w Wrocławiu 21,7; w Mnichowie 23,3; w Gdańsku 22,3; w Dreźnie 23,6; w Lipsku 21,4; w Genewie 18,4; w Brukseli 29,4; w Amsterdamie 20,4; w Paryżu 26,0; w Londynie 23,3; w Kopenhadze 19,7; w Stokholmie 30,6; w Chrystyjanii 22,3; w Petersburgu 36,6; w Odesie 26,0; w Rzymie 29,5; w Wenecyi 21,8; w Bukareszcie 23,7; w Madrycie 30,5; w Barcelonie 28,6; w Bombayu 30,3; w Madrasie 34,2. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 9 grudnia. Prof. fizyjologii Piotrowski zapadł był ciężko na *Angina Ludovici*; obecnie ma się znacznie lepiéj.

* **Wiedeń**. W ustroniu swojém w Perchtelsdorf, gdzie bawi od czasu złożenia profesury, prof. Hyrtl obchodził d. 7 bm. urodziny swoje 70te. Wszystkie stowarzyszenia lekarskie wiedeńskie przesłały jubilatowi życzenia swoje, Wydział lekarski wysłał dziekana swego prof. Hofmanna z powinszowaniem, a Kolegijum doktorskie kazało wybić medal na cześć zasłużonego anatoma, który znów wywdzięczając się za te owacyje ofiarował kwotę 1000 zlr. na rzecz funduszu wdów i sierót po lekarzach. Wiadomo, że gdy niedawno prof. Langenbeck obchodził w Berlinie uroczystość swoję, Cesarz austryjacki przesłał mu wielki krzyż orderu imienia swego; dotąd nie słychać, aby rząd niemiecki w podobny sposób uczcił zasługi uczonego austryjackiego.

* **Paryż**. Jeneralny prokurator francuski w mowie mianéj d. 3 listopada wyraził się ubliżająco dla czynności znawców sądowych. W skutek tego wszyscy lekarze i chemicy, używani do czynności sądowolekarskich i chemicznych przy sądach paryskich, oświadczyli, że odtąd nic wspólnego ze sądami mieć nie chcą. Prokurator jeneralny widział się zmuszony odwołać publicznie swój zarzut, poczém dopiero znawcy oświadczyli gotowość podjęcia na nowo swych czynności. — Przy téj sposobności dowiadujemy się, że w Paryżu wszystkich znawców lekarzy i chemików jest 21, a mianowicie: profesorowie Wydziału lek. Lasègue, Vulpian, Regnauld, Depaul, Lefort, Brouardel, Doktorowie: Bergeron, Laugier, Gallard, Descoust, Vibert, Le Paulmier, Blanche, Motet, Lunier, Voisin, Legrand du Saule, Magnan i chemicy: L'hote, Boutmy, Magnier, Riche i Bardy. (*Annales d'hyg. publ.* 1880, Decemb.)

* **Mianowania i odznaczenia**. Drowie Jan Becker i Franciszek Mraček potwierdzeni zostali przez Ministerstwo jako docenci prywatni w Wydz. lek. we Wiedniu, pierwszy do chorób dzieci, a ostatni do syfilidologii.

* **Nekrologija**. W Hali umarł Dr. Juliusz Vogel, profesor patologii ogólnéj, dawniéj i kliniki lekarskiéj oraz anatomii patologicznéj, w 66 roku życia. Napisał on wspólnie z Neubauerem znany podręcznik o badaniu moczu.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 48: Matlakowskiego: Z kliniki chirurg. prof. Kosińskiego. III. Kilka ciekawszych nowotworów; (dok.)

Redakcyja otrzymała:

Dziennik ustaw i rozporządzeń krajowych dla królestwa Galicyi i Lodomeryi wraz z W. K. Krakowskiém. Rok 1880, Nr. 1—42. (Numery 2, 8 16, 17 27—33 zawierają rozporządzenia lekarzy i weterynarzy obchodzące).

Dr. Stan. KOŚMIŃSKI. Badanie przyrządu wzrokowego ze względu na refrakcyję, akomodacyję i ostrość widzenia (podług E. Landolta). (Osobne odbicie z „Medycyny") in 8vo Warszawa 1880, str. 43.

Dr. J. WARSCHAUER: O wartości chlorku pilokarpinu w błonicy. (Osobne odbicie z Przegl. Lek.) in 8vo str. 17.

Towarzystwo lek. krak. odbędzie we Środę dnia 15 grudnia o godzinie 5téj w Sali Akademii Umiejętności posiedzenie, na którém kol. Dr. Pisek okaże preparat wgłobienia jelit z opadem ślepego jelita przez odbytnicę z dodaniem kilku uwag nad tym przedmiotem.

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak. odbędzie posiedzenie w Poniedziałek d. 13 grudnia rb. o godzinie 5 po południu w Sali Akademii Umiejętności, na którém: 1) nastąpi wybór Sekretarza Komisyi; 2) podaną zostanie wiadomość o wystawie balneologicznéj, która się odbędzie w r. 1881 w Frankfurcie nad Menem; 3) przedstawioną zostanie sprawa utworzenia Sekcyi balneologicznéj na Zjeździe polskich lekarzy i przyrodników we wrześniu 1881. 4) prof. Dr. Olszewski przedstawi pracę p. Krzyżanowskiego „O wodzie tylickiéj i borowinie z Tylicza.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego

W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.